

国民健康保険異動届

利府町長 殿

以下のとおり届け出ます。

※右の太枠内をご記入ください。

届出年月日	令和 年 月 日	異動年月日	令和 年 月 日							
異動事由	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更	被保険者記号・番号	新(現)	み利		A				
			旧	み利		A				
世帯主	住所		世帯主氏名		氏名					
	利府町				※世帯主の場合は記入不要です。 ※別世帯の方は委任状が必要です。					
	個人番号(マイナンバー)		電話番号		世帯主との関係() 電話番号(- -)					
			- -							
異動者 ※異動する方全員を記入してください。										
フリガナ 氏 名			生年月日	性別	個人番号(マイナンバー)					
1			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女						
2			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女						
3			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女						
4			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女						
5			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女						
変更内容	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 町内転居 <input type="checkbox"/> ()		変更前							
			変更後							
福祉医療	利用している医療制度があれば、✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> その他()									

事務処理欄

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()
--------	--

得喪区分	取得	社保離	組国離	転入	生保廃止	出生	職権復活	月中社保離	その他()
	喪失	社保加	組国加	転出	生保開始	死亡	職権抹消	認定後期	その他()
	変更	転居	氏名変更	世帯変更	世帯分離	世帯主変更(被保険者番号の変更□)	その他()		

共通	保険証交付・回収・期限訂	<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日(/ 済) <input type="checkbox"/> 訂正(. . まで) <input type="checkbox"/> 紛失	その他特記事項
	高額区分変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (□限度額証交付履歴有・差替済)	
	世帯の継続性の確認	世帯主の異動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□被保険者番号の変更済)	
	今回異動分の賦課期別	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 期分 から・まで <input type="checkbox"/> 過年度分有	
	更正賦課	<input type="checkbox"/> 月末(次月中旬発送) <input type="checkbox"/> 即時	
	納付方法	異動前 <input type="checkbox"/> 納付書 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 年特 異動後 <input type="checkbox"/> 納付書 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 年特	
	更正賦課	<input type="checkbox"/> 月末(通常) <input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> ()	
保険税未納/収納担当者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 /		
取得	任意継続	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 任継希望なし <input type="checkbox"/> 任継喪失 <input type="checkbox"/> 比較済	履歴修正内容(/ 修正)
	前期高齢負担割合確認(転入者)	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 証明書持参 <input type="checkbox"/> 前市区町村確認()	
	世帯主課税	<input type="checkbox"/> 説明済 (□普主 □擬主)	
	転入による二段階通知	<input type="checkbox"/> 説明済 (月末届出時説明)	
	非自発的失業者	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (□自己都合 □65歳以上等)	
旧被扶養者減免	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 有(申請済)		
喪失	資格喪失後の受診確認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 病院に連絡するように説明済 <input type="checkbox"/> 返還説明済(いずれの場合も) <input type="checkbox"/> レセプト点検用複写済	
	他	<input type="checkbox"/> 年金案内 <input type="checkbox"/> 福祉医療案内 <input type="checkbox"/> 出産一時金案内(□直接 □窓口) <input type="checkbox"/> 葬祭費案内	
	受付		点検